***[Hospital/system name/logo]***

**자선 케어/재정 지원 신청서 양식 가이드**

이 문서는 [*hospital or system name]*의 재정 지원(자선 케어) 신청서입니다.

**Washington 주는 모든 병원이** 특정 수입 조건에 부합하는 사람들과 그 가족들에게 **재정 지원을 제공**하도록 의무화하였습니다. 해당 환자는 건강 보험에 가입되어 있더라도 가족 구성원 규모와 수입에 따라 치료비 면제 또는 감면을 받을 수 있습니다.*[insert hospital policy regarding eligibility and sliding scale FPL%] [link to FPL guidelines on hospital website].*

**재정 지원의 보장 범위는 어떻게 되나요?** 병원 재정 지원 시 자격 조건에 따라 [*hospital/health system, clinics, etc]*(이)가 제공하는 적절한 내원 치료 서비스를 보장하게 됩니다. 재정 지원을 통해 다른 기관에서 받은 치료비가 포괄적으로 전체 보장되지는 않습니다.

**해당 신청서 작성에 대한 문의 또는 지원 요청:**  [*Identify the location and phone number of the appropriate office or department to contact for more information.*] 장애 및 언어 관련 지원 등, 다양한 지원을 받으실 수 있습니다.

**신청서가 처리되려면 다음과 같은 정보가 필요합니다.**

**□ 가족 정보를 제공해 주십시오.**

가족 구성원의 수(출생, 결혼, 입양 등 동거 중인 가족 포함)를 기재하십시오.

**□ 가족 구성원의 전체 월별 수입을 제공하십시오(공제 전 및 세전 금액).**

**□ 가족 구성원의 수입 증빙 문서 및 재산신고서를 제공하십시오.**

**□ 필요한 경우 추가 정보를 첨부하십시오.**

**□ 서명 및 양식 작성일**

**참고:** **재정 지원을 신청할 때 사회 보장 번호를 기재하지 않아도 됩니다.** 사회 보장 번호를 기재하는 경우 신청서가 더욱 신속하게 처리될 수 있습니다. 제공하신 사회 보장 번호는 정보 확인 용도로만 사용합니다. 사회 보장 번호를 가지고 있지 않은 경우, ‘해당 없음' 또는 ‘NA’를 선택하여 주십시오.

**신청서 작성 후 모든 문서를 우편 또는 팩스로 다음 주소로 보내 주십시오**:[*Hospital name and address]* 사본을 준비하여 가지고 계시기 바랍니다.

**작성된 신청서를 직접 제출하려는 경우, 다음 주소를 방문하십시오:** [*Department/office, address, hours, phone]*

소득 서류를 포함하여 작성된 재정 지원 신청서가 접수된 후 14일 내에 자격 여부에 관한 최종 결정 및 이의신청 권리에 대하여 공지해 드립니다.

재정 지원 신청서를 제출하실 때, 병원이 재정적 의무 및 정보 관련 필수 항목을 조회하는 것에 동의하게 됩니다.

**저희가 도와드리겠습니다. 신청서를 바로 제출하세요!**

**환자의 정보가 접수되기까지는 청구서를 받게 될 수 있습니다.**

***[Hospital/system name/logo]***

**자선 케어/재정 지원 신청서 양식 - 기밀 사항**

*다음 항목에 정보를 모두 기재하십시오. 해당하지 않는 항목에는 ‘해당 없음'을 기재하십시오. 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.*

|  |
| --- |
| **진료 정보** |
| 통역이 필요하십니까? **□ 예 □ 아니요** ‘*예’라고 답하신 경우, 원하시는 언어:* |
| 환자가 Medicaid를 신청하였습니까? **□ 예 □ 아니요** *재정 지원 대상 심사 전에 해당 신청이 필요할 수 있습니다.* |
| 환자가 TANF, 식료품 지원(Basic Food), WIC 등의 공공 서비스를 받고 있습니까? **□ 예 □ 아니요**  |
| 환자가 현재 노숙인 신분입니까? **□ 예 □ 아니요**  |
| 환자가 차량 사고 또는 근무 중 상해에 대한 의료적 치료를 필요로 합니까? **□ 예 □ 아니요**  |
| **참고** |
| * 신청 후에 재정 지원 대상자로 반드시 선정되리라는 보장은 없습니다.
* 신청서를 제출하시면, 모든 정보를 확인할 수 있으며 향후 추가 정보 또는 소득 증빙을 요구할 수도 있습니다.
* 완성된 신청서와 서류가 접수된 후 14일 안에 지원 자격 대상 여부를 공지해 드리겠습니다.
 |

|  |
| --- |
| **환자 및 신청인 정보** |
| 환자의 이름 | 환자의 중간 이름 | 환자의 성 |
| □ 남성 □ 여성 □ 기타 (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | 생년월일 | 환자의 사회 보장 번호(선택 사항\*) *\*필수 항목이 아니지만 연방법의 기준에 따라 더 높은 수준의 지원을 받기 위해 필요할 수 있습니다.* |
| 지불 책임자 | 환자와의 관계 | 생년월일 | 사회 보장 번호(선택 사항\*)*\*필수 항목이 아니지만 연방법의 기준에 따라 더 높은 수준의 지원을 받기 위해 필요할 수 있습니다.* |
| 우편 주소\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 시 주 우편번호 | 주 연락처( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_이메일 주소:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 지불 책임자의 고용 상태□ **재직중** (입사일: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □ **무직** (무직 기간:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □ **자영업** □ **학생** □ **장애인** □ **은퇴** □ **기타** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

|  |
| --- |
| **가족 정보** |
| 본인을 포함한 가족 구성원을 적어주십시오. “가족"은 출생, 결혼, 입양 등 동거 중인 가족을 포함하는 사람들을 말합니다.  **가족 구성원 수 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.* |
| 이름 | 생년월일 | 환자와의 관계 | 18세 이상인 경우: 고용주 이름 또는 소득원 | 18세 이상인 경우: 월 총소득(세전): | 재정 지원도 신청하시겠습니까? |
|  |  |  |  |  | 예/아니요 |
|  |  |  |  |  | 예/아니요 |
|  |  |  |  |  | 예/아니요 |
|  |  |  |  |  | 예/아니요 |
| **성인 가족 구성원의 수입을 모두 기재해야 합니다. 소득원에 포함해야 하는 항목은 다음과 같습니다.** - 급여 - 무직 - 자영업 - 산재보상금 - 장애 - 정부 생계 보조금(SSI) - 자녀/배우자 지원금 - 근로학생 프로그램(학생) - 생활 보조금 - 은퇴 계좌 배당금 - 기타 (*자세한 설명\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)* |

***[Hospital/system name/logo]***

**자선 케어/재정 지원 신청서 양식 - 기밀 사항**

|  |
| --- |
| **수입 정보** |
| ***기억하세요:*** *신청 시 수입 증빙을 첨부해야 합니다.* |
| **가족 구성원의 소득 정보를 제공해야 합니다. 수입 확인을 통해 재정 지원 여부가 결정됩니다.****18세 이상 가족 구성원의 수입을 모두 기재해야 합니다. 문서로 제공할 수 없는 경우, 수입을 증명하는 직접 서명한 명세서를 제출해야 합니다. 명시된 모든 소득원에 대한 증빙 문서를 제출하십시오.** **수입 증빙 예시는 다음과 같습니다.*** “W-2” 원천 징수 명세서 또는
* 현재 급여 명세서(*최소 필요분, 3개월 이하*) 또는
* 작년 소득세 신고서(해당하는 경우 명세서 포함) 또는
* 고용주 또는 타인이 직접 서명한 명세서 또는
* Medicaid 및/또는 주 지원 의료 지원금 승인/거부 문서 또는
* 실업 수당 승인/거부 문서.

소득 증빙 자료가 없거나 소득이 없는 경우, 관련 설명을 서술한 페이지를 추가로 첨부하십시오.  |

|  |
| --- |
| **지출 정보** |
| *이 정보는 통해 환자의 재정 상태를 면밀히 파악하기 위한 것입니다.* |
| 월별 가계 지출: 임대/모기지 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 의료비 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_보험료 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 공공 요금 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_기타 부채/지출 $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*양육비, 대출금, 약물 치료비, 기타*) |

|  |
| --- |
| **자산 정보**  |
| *이 정보는 환자의 소득이 연방 빈곤 가이드라인(Federal Poverty Guideline)의 101%를 초과할 경우 필요할 수 있습니다.*  |
| 현재 당좌 예금 잔액$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_현재 저축 계좌 잔액$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | 가족이 이러한 기타 자산을 보유하고 있습니까? **해당하는 항목을 모두 표시하십시오.**□ 주식 □ 채권 □ 401K □ 건강저축계좌(HSA) □ 신탁□ 부동산(주거용 건물 제외) □ 사업체 운영  |

|  |
| --- |
| **추가 정보** |
| 재정적 어려움, 과도한 치료비, 계절적 또는 임시 소득, 인적 손해와 같이 현재 재정 상황에 대해 병원 측에 알리고자 하는 기타 정보가 있으시면 추가 페이지를 첨부하여 알려주십시오. |

|  |
| --- |
| **환자 동의문** |
| 본인은 [*Hospital/system Name*](이)가 정보를 확인하고 재정 지원 또는 지불 방식을 결정하기 위해 본인의 신용 정보를 검토하고 기타 출처를 통해 정보를 획득할 수 있다는 점을 이해합니다.상기 기술한 정보가 본인이 아는 한도 내에서 사실이고 정확함을 증명합니다. 제공한 재정적 정보가 사실과 다를 경우 재정적 지원이 거부되거나 제공된 서비스에 대해 본인이 지불 책임을 져야 할 수 있음을 이해합니다.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_신청자 서명 날짜 |